# ITEM 267 : DOULEUR ABDOMINALE CHEZ L'ENFANT

## Orientation clinique

- **Chez le nourrisson**, à évoquer devant : **accès de pleurs, cris incessants, mouvements de jambes, tortillements**
- **Chez l'enfant** : **douleur abdominale** plus facilement exprimée, mais de topographie souvent vague, péri-ombilicale
- Examen clinique complet, enfant totalement déshabillé, en décubitus dorsal, jambes demi-fléchies

| Orientation vers une cause organique | Orientation vers une cause fonctionnelle |
|---|---|
| - Localisation précise, avec irradiation<br>- Rythme continu, horaire diurne et nocturne (réveil)<br>- Signes associés : AEG, signes digestifs…<br>- Examen abdominal anormal (le plus souvent) | - Localisation **péri-ombilicale**, sans irradiation<br>- Rythme sporadique, horaire diurne seulement<br>- Aucun signe associé, bon état général<br>- Examen abdominal normal |

## Situation d'urgence

| | |
|---|---|
| Urgence chirurgicale | - **Douleur continue et tenace** (y compris nocturne, réveillant l'enfant), topographie localisée<br>- Signes abdominaux : **ventre plat** ou **météorisme**, **cicatrice abdominale, ondes péristaltiques, défense, boudin d'invagination, olive pylorique, hépatomégalie, hernie, torsion d'annexe**<br>- **Vomissements bilieux** (syndrome occlusif)<br>- **Hémorragie digestive** extériorisée ou au TR |
| Urgence médicale | - **Altération de l'état générale**<br>- **Déshydratation**, voire hypovolémie<br>- **Syndrome polyuro-polydipsique**, **dyspnée**<br>- **Sepsis sévère** avec troubles hémodynamiques, **troubles de conscience**<br>- Signes d'anaphylaxie |
| PEC en urgence | - Traitement symptomatique : **antalgiques** IV, **réhydratation** ± **remplissage** IV<br>- Préparation à une intervention chirurgicale : **autorisation parentale, mise à jeun consultation anesthésique, groupage-hémostase** |

## Enquête étiologique

| | |
|---|---|
| Int | - Caractéristiques de la douleur : brutale ou progressive, description (striction, brûlure…), rythme, intensité, retentissement (insomniante, arrêt de l'activité), topographie, irradiation, facteurs aggravants et améliorants…<br>- Contexte : antécédents, comorbidité, régime alimentaire, heure du dernier repas, croissance staturo-pondérale, facteur déclenchant, traumatisme abdominal, possibilité d'une grossesse chez l'adolescence |
| SF | - Infectieux : **fièvre, asthénie, pâleur**<br>- Digestifs : **soif, anorexie, vomissements, diarrhée/constipation**<br>- ORL, pulmonaire : **dyspnée, toux, otalgie, odynophagie**<br>- Urinaire : **SFU, polyuro-polydipsie, hématurie**<br>- **Céphalées, arthralgie, éruption cutanée**… |
| SC | - Constantes, état nutritionnel (IMC), perte de poids<br>- **Examen abdomino-pelvien** : ballonnement, bruits hydro-aériques, douleur provoquée, défense ou contracture, hépatomégalie, splénomégalie, masse abdominale, contact lombaire, orifices herniaires, testicules<br>- **TR** : douleur au cul-de-sac de Douglas, rectorragie, masse<br>- Recherche d'un foyer infectieux extra-digestif : **tympans, amygdales, pulmonaire**<br>- **Examen cutané** : purpura des membres inférieurs, ictère, mélanodermie |
| Bio | - En cas de SFU : **BU ± ECBU**<br>- En cas de fièvre et/ou défense : **NFS, CRP, BU**<br>- En cas de suspicion de diabète : **glycémie capillaire/veineuse, BU ± GDS, ionogramme sanguin**<br>- Selon les cas : **bilan hépatique, lipasémie, β-hCG** chez l'adolescente… |
| PC | - **Echographie abdominale** = 1ère intention : suspicion **d'appendicite aiguë, d'invagination intestinale aiguë** et de **colique néphrétique**, bilan de **pyélonéphrite** (sous 48h) ou douleurs abdominales nocturnes ou récidivantes<br>- **ASP** = indication très limitée : vomissements bilieux, exacerbation de MICI<br><br>- PEC symptomatique avec antalgiques IV + si vomissements réhydratation IV<br>- Préparation à intervention chirurgicale :<br>. Autorisation parentale<br>. Mise à jeun<br>. Consultation anesthésique, groupage-hémostase<br>→ Ne masque pas les symptômes, permet au contraire meilleures conditions de PEC de l'enfant |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Douleur aiguë* | Cause chirurgicale urgente<br>**- Invagination intestinale aiguë**<br>**- Appendicite aiguë**<br>**- Diverticulite de Meckel**<br>**- Syndrome occlusif**<br>**- Péritonite**<br>**- Hernie inguinale étranglée**<br>**- Torsion d'annexe** : testicule, ovaire<br>**- Traumatisme abdominal avec rupture splénique** | Cause médicale fréquente<br>- **Gastro-entérite aiguë**<br>**- Infection urinaire**<br>- **Infection ORL ou respiratoire** (otite, angine, pneumonie)<br>- **Purpura rhumatoïde**<br>**- Adénolymphite mésentérique** | Cause plus rare<br>- Infectieuse : **TIAC, parasitose**<br>- **Hypoglycémie**<br>- **Intoxication médicamenteuse**<br>- **Œsophagite, hépatite, pancréatite**<br>- **Colique néphrétique**<br>- **CVO abdominale, exacerbation de MICI ou de FMF**<br>- **GEU** chez l'adolescente | Piège diagnostique<br>- **Acidocétose diabétique**<br>- **Insuffisance surrénalienne**<br>- **Ostéomyélite**<br>- **Sacro-iliite** |
| *Douleur chronique* | Cause fréquente<br>- **Colopathie fonctionnelle**<br>- **Constipation**<br>- **Coliques du nourrisson**<br>- **APLV** ou autre allergie alimentaire | | Cause plus rare<br>- **Fièvre méditerranéenne familiale**<br>- **Maltraitance** | |

# APPENDICITE AIGUË

**Appendicite** = inflammation de l'appendice vermiforme, prolongement du caecum de localisation variable
- Plus fréquente chez l'enfant **entre 7 et 13 ans**, formes toujours compliquées avant 6 ans

## Diagnostic

### SF

→ Forme clinique typique : **appendice latéro-caecale** (2/3 des cas)
- Contexte : âge > 3 ans, sans antécédent d'appendicectomie, évolution depuis < 72h
- **Douleur abdominale aiguë** spontanée en FID (parfois épigastrique initialement avec migration en FID), généralement fixe, continue, sans irradiation
- **Fièvre modérée** (généralement < 39°C), **altération du faciès, langue saburrale**
- **Nausées, vomissements alimentaires**
- **Diarrhée** : évoquer une complication

### SC

- **Douleur provoquée au point de Mc Burney**, **défense** à la palpation profonde
- **Signe de Bloomberg** : douleur à la décompression brutale de la FIG
- **TR** (rarement fait) : souvent douloureux, peu spécifique

### *Autres localisations*

| | |
|---|---|
| **Rétro-caecale** | - **Douleur en FID** rarement de défense<br>- Attitude antalgique en **psoïtis** |
| **Sous-hépatique** | - **Douleur en HCD** (≈ tableau de cholécystite) |
| **Pelvienne** | - **Douleur sus-pubienne avec BU -, ou signes de gastroentérite**<br>- **Signes fonctionnels urinaires** et **rectaux** (ténesme) |
| **Méso-cœliaque** | - **Nausées/vomissements** prédominant : **syndrome occlusif fébrile** précoce |

### Bio

- **Hyperleucocytose** (PNN > 12), **CRP** d'élévation retardée
- **Bilan préopératoire** en cas d'indication chirurgicale
- BU négative (ou **leucocyturie isolée** en cas d'appendicite pelvienne)

### PC

→ Aucun examen complémentaire systématique : diagnostic possiblement clinique

| | |
|---|---|
| **Echographie abdominale** | = Examen de référence (Se/Sp = 95%) : opérateur-dépendant<br>- Appendice de diamètre **> 6 mm**, image en cible, Mc Burney échographique, parois épaisses, sans visualisation de la lumière appendiculaire, non compressible, hyperémie au Doppler<br>- Signes indirects : stercolithe, graisse péri-appendiculaire hyperémiée, épanchement en FID<br>- Recherche de complications : **abcès, épanchement rétropéritonéal**<br>- DD : adénolymphite mésentérique, pathologie annexielle, diverticule de Meckel<br>→ Ne peut pas éliminer le diagnostic si l'appendice n'est pas visualisé en entier |
| Autres | - **ASP** = non indiqué<br>- **Scanner abdomino-pelvien** : utile dans les formes atypiques, notamment de l'enfant obèse |

### DD

| | |
|---|---|
| **Adéno-lymphite mésentérique** | = **ADP mésentériques secondaires à une virose** (ORL ou respiratoire) :<br>- **Douleurs abdominales** diffuses, prédominantes en FID<br>- **Echo abdo** : ADP mésentériques supra-centimétriques avec appendice normal |

- En cas de doute diagnostique : **surveillance clinique pendant 24h** sous traitement antalgique → élimine le diagnostic en cas d'amélioration ou de stabilisation clinique

## TTT

→ **Urgence thérapeutique** : hospitalisation, mise à jeun

| | |
|---|---|
| Mise en conditions | - **Correction des troubles hémodynamiques** et **hydroélectrolytiques** (réhydratation IV)<br>- **Enfant à jeun, VVP, antalgique** IV ± **antibiothérapie** IV si chirurgie non en urgence ou après opération<br>- **CPA, bilan préopératoire**, **autorisation parentale d'opérer** |
| **TTT chirurgical** | - Voie d'abord : **coelioscopie** (visualisation de l'ensemble de la cavité abdominale, moindre préjudice cicatriciel) ou **laparotomie de Mc Burney** (surtout en cas de péritonite)<br>- Temps explorateur : inspection de la cavité abdominale, prélèvements bactériologiques<br>- Temps curateur : **appendicectomie** avec envoi de la pièce en anatomopathologie |
| Suivi | - Surveillance : hémodynamique, douleur, diurèse, transit, reprise précoce de l'alimentation, cicatrice |

### Complication post-opératoire

| | |
|---|---|
| Infectieuse | - **Abcès de paroi, abcès du cul-de-sac de Douglas, abcès sous-phrénique**<br>- **Péritonite** par lâchage du moignon appendiculaire, autre péritonite 2ndr |
| Occlusive | - **Occlusion précoce post-opératoire**<br>- **Occlusion sur bride** (à distance) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Complications* | **Péritonite appendiculaire** | | **- Signes généraux prédominant** (AEG, asthénie, fièvre élevée) voire **sepsis grave/choc septique**<br>- **Défense généralisée/contracture** à la palpation abdominale<br>- Tardivement : **disparition de la défense généralisée/contracture** (péritonite asthénique) |
| | | TTT | - **Réhydratation IV** systématique<br>- TTT chirurgical en urgence : **appendicectomie + lavage péritonéal**<br>- **Antibiothérapie poursuivie** > 48h en post-opératoire, adaptée aux prélèvements per-op |
| | **Abcès appendiculaire avec plastron** | | - **Fièvre plus élevée**, **défense** puis **empâtement**, voire **masse** en FID |
| | | TTT | - Bon état général : - **Antibiothérapie probabiliste IV**, avec **relai oral** à 48h si amélioration clinique et biologique, poursuivi pendant **3 semaines**<br>- **Traitement chirurgical après antibiothérapie** : appendicectomie<br>- Mauvaise tolérance ou non amélioration à 48h → **traitement chirurgical en urgence** : **appendicectomie + drainage de l'abcès** |

# INVAGINATION INTESTINALE AIGUË

**Invagination intestinale aiguë** (IIA) = pénétration d'un segment intestinal dans le segment sous-jacent par retournement en doigt de gant (boudin d'invagination) : localisation **iléo-caecale** (90%), **iléo-colique** ou **iléo-iléale**
- **Primitive** (plus fréquente) = adénolymphite mésentérique par **hypertrophie des plaques de Peyer** et **hyperplasie lymphoïde** : nourrisson (pic à **9 mois**) et enfant < 3 ans, prédominance masculine, en période automno-hivernale
- **Secondaire** (plus rare) = pathologie sous-jacente causale **: purpura rhumatoïde**, **mucoviscidose**, **diverticule de Meckel**, **duplications digestives**, **tumeurs**

➙ Recherche systématique de cause secondaire en cas d'IIA chez l'enfant **> 2 ans**

## *Diagnostic*

### SF

- Contexte : nourrisson en bonne santé ± précédé d'un épisode infectieux récent
- **Crises douloureuses abdominales paroxystiques**, avec **périodes d'accalmie**, de plus en plus rapprochées
- **Accès d'hypotonie avec pâleur** (malaise) au décours des crises douloureuses (pleurs)
- **Vomissements alimentaire** puis **bilieux**
- **Intolérance alimentaire** (refus du biberon)
- **Rectorragie** : plus tardives, d'intensité variable

### SC

= Examen clinique en période d'accalmie
- Palpation d'une **fosse iliaque droite déshabitée**
- Palpation du **boudin d'invagination** : masse abdominale mobile plus ou moins perceptible
- **TR** : sang, palpation du boudin d'invagination

### PC

- **Echographie abdominale** = confirmation diagnostique : aspect **en cocarde en transversal** et en **sandwich en longitudinal**, recherche d'épanchement intra-péritonéal, étude des flux artériels et veineux
- **Lavement opaque** = diagnostique seulement en cas de doute échographique : arrêt de progression au contact du boudin (en cocarde de face et pince de crabe de profil) + rôle thérapeutique dans les formes non compliquées
- **ASP** (non indispensable) : normale, ou pneumopéritoine si perforation

## *TTT*

➙ **Urgence thérapeutique** : hospitalisation, mise à jeun
- **Forme iléo-caecale** : désinvagination par **lavement rétrograde** ou **traitement chirurgical en cas d'échec ou complications.**
- **Forme iléo-iléale** : évolution spontanément favorable si idiopathique, persistante si secondaire

### Lavement thérapeutique

= **Lavement hydrostatique** (aux hydrosolubles) ou **pneumatique** ± répété **3 fois**, voire sous AG : réduction de l'invagination par refoulement du boudin à la pression ➙ 80-**90%** de succès
- Indication = forme non compliquée d'IIA iléo-caecale : - Hémodynamique stable
  - Absence de péritonite
  - Absence de pneumopéritoine
- Réalisé sous contrôle scopique, sous sédation, en présence d'un radiologue et d'un chirurgien
- Efficacité : - Clinique : disparition des douleurs abdominales
  - Imagerie : - Opacification (si produit de contraste) de l'ensemble du cadre colique
    - Disparition du boudin
    - Inondation franche et massive des dernières anses grêles
    - Absence de ré-invagination sur le cliché en évacuation

### Traitement chirurgical

= **Expression manuelle du boudin d'invagination**, sans traction excessive, avec **appendicectomie de principe** ± **résection intestinale** en cas d'échec, de nécrose apparente ou malformation ss jacente.
- Indication : - Forme compliquée d'IIA : choc, abdomen chirurgical, pneumopéritoine
  - Echec de lavement rétrograde thérapeutique (10% des cas)
  - Récidives multiples : recherche IIA secondaire

# HERNIE PARIETALE

## Hernie inguinale

= **Persistance du canal péritonéovaginal** avec paroi musculo-aponévrotique normale (≠ adulte): **hernie oblique externe**
- Affection congénitale fréquente (1-4%) et bénigne, prédominance masculine (85%), dans 50% des cas < 1 an
- Plus fréquente à droite (60%), bilatérale dans 15% des cas
- Facteurs de risque = prématurité, terrain familial
- Contenu habituellement **intestinal** (sauf chez la fille < 1 an : **hernie de l'ovaire** le plus souvent)

### Dg

- **Tuméfaction inguinale** intermittente, lors des cris ou des efforts de poussées, arrondie, molle, indolore, réductible spontanément ou par pression en haut et en dehors
- Si tuméfaction non vue : **orifice inguinale superficiel élargi**

### TTT

→ Toute hernie inguinale doit être opérée pour éviter le risque d'étranglement herniaire
- Consignes aux parents (en attendant la chirurgie) : réduire la hernie, consulter en cas de signe d'étranglement
- **Intervention chirurgicale** sans urgence (dans le mois) ou en **semi-urgence** en cas d'hernie de l'ovaire (**2-3 jours**)

→ Chirurgie **bilatérale** chez le prématuré

### Hernie inguinale étranglée

#### Dg

- **Tuméfaction inguinale** douloureuse, fixée, irréductible
- **Signes d'occlusion digestive** : vomissements, météorismes, AMG tardif

→ Aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge

#### TTT

= Urgence thérapeutique : hospitalisation, mise à jeun
- **Taxis** = réduction manuelle après prémédication, par un praticien expérimenté : réservé à la hernie inguinale étranglée du garçon, sans signes locaux inflammatoires, en bon état général

→ Contre-indiqué chez la fille < 1 an : risque de lésion de l'ovaire
- **Intervention chirurgicale** : - **D'emblée** : - Hernie de l'ovaire chez la fille (taxis contre-indiqué)
  - Hernie inguinale étranglée évoluée
  - **Différée** (2 à 3 jours) : après succès du taxis

## Ombilicale

= Hernie au travers de l'orifice ombilical : très fréquente chez l'enfant, souvent dans les premières semaines de vie
- **Tuméfaction** centrée sur l'ombilic, intermittente, extériorisée aux pleurs ou à la poussée abdominale, molle, réductible
- **Etranglement herniaire** exceptionnel
- Guérison généralement spontanée **< 2 ans**
- **Abstention thérapeutique** généralement, sauf si persistante chez l'enfant **> 3 ans**

# DIVERTICULE DE MECKEL

= **Reliquat du canal mésentérique** : diverticule de 1 à 5 cm situé sur le bord anti-mésentérique du dernier tiers de l'intestin grêle, en amont de la valvule de Bauhin, **pédiculé** ou **sessile** avec possible présence de **tissu hétérotopique**
- Retrouvé chez **2%** de la population, révélation à tout âge

## Manifestations

### Asymptomatique

= Découverte fortuite per-opératoire (généralement pour appendicite) : dans la majorité des cas

### Complication

= Généralement dans l'enfance **< 10 ans**
- **Occlusion** (50%) : - **Invagination intestinale aiguë** secondaire : **iléo-iléale ± caecal**, résistant au lavement, récidivant
  - **Occlusion intestinale** (capotage ou volvulus sur bride ombilicale)
- **Hémorragie intestinale** (hétérotopie gastrique avec sécrétion d'HCl), risque de **perforation**
- **Diverticulite** : tableau d'appendicite aiguë
- **Tumeur bénigne** ou **maligne**

## TTT

= Systématique en cas de complication, discutée en cas de diverticule asymptomatique
- **Chirurgical** : **exérèse du segment de grêle** + **anastomose termino-terminale**

→ En cas d'opération pour syndrome appendiculaire : résection du diverticule seulement si appendice sain

# PERITONITE AIGUË

**Péritonite aiguë** = inflammation aiguë de la séreuse péritonéale avec œdème, hyperhémie et hypersécrétion, généralement d'origine infectieuse bactérienne (primitive ou secondaire à une perforation digestive ou une plaie pénétrante de l'abdomen), ou parfois d'origine chimique (bile, enzymes pancréatiques, acide chlorhydrique)
→ Urgence diagnostique et thérapeutique

## *Diagnostic*

### SF

- **Fièvre habituellement élevée** (39-40°), retardée en cas de péritonite chimique
- **Douleur abdominale** : volontiers brutale, intense, parfois en coup de poignard en cas de perforation d'un organe creux, initialement localisée puis rapidement généralisée
- **Nausées, refus de l'alimentation**, puis **vomissements alimentaires** puis **bilieux**
- **Trouble du transit** : **météorisme abdominal, arrêt des matières et des gaz**, ou parfois diarrhées paradoxales

### SC

- **Signes de déshydratation** (3ème secteur abdominal) : cerné, langue sèche, pli cutané
- **Signes hémodynamiques** : TRC > 3s, pouls rapide filant, pincement de la PA différentielle
- Palpation abdominale : - **Contracture** dans les formes évoluées chez le grand enfant : résistance douloureuse invincible de l'ensemble de la paroi abdominale
  - **Défense généralisée**, plus volontiers chez le petit enfant
  - **Douleur diffuse, plus intense à l'ombilic** chez le nourrisson ± **omphalite**
- Absence de bruits hydro-aériques

### Bio

- **Hyperleucocytose à PNN, CRP élevée, PCT** en cas d'infection bactérienne
- **Ionogramme sanguin** : évaluation du retentissement hydroélectrolytique
- **Hémocultures** systématiques en cas de sepsis

### PC

- **ASP** (non systématique) : syndrome occlusif (niveaux hydro-aériques), grisaille diffuse, pneumopéritoine par perforation d'un organe creux, stercolithe appendiculaire
- **Echographie abdominale** : épanchement abdominal diffus, recherche d'appendicite (la perforation rend l'appendicite de taille normal)
- **Scanner abdominal injecté** en 2nd intention

## *Etiologie*

### Grand enfant

#### Péritonite secondaire

- **Péritonite appendiculaire** (plus fréquente) : à évoquer systématiquement
- **Diverticule de Meckel**
- **Perforation traumatique** (contusion abdominale, plaie de l'abdomen) : dont le **syndrome de Chance** lors d'un AVP (perforation de l'intestin grêle + lésions pancréatiques + fracture du rachis lombaire)
- Plus rarement : **ulcère gastro-duodénal perforé**, origine **biliaire** ou **génitale**…

#### Péritonite primitive

= Péritonite spontanée, idiopathique, majoritairement à pneumocoque :
- Causes : - **Syndrome néphrotique** - **MAI : lupus, dermatomyosite…**
  - **Cirrhose hépatique** - **Péritonite tuberculeuse** (rare)
  - **Insuffisance rénale chronique**

→ Traitement uniquement médical

#### Péritonite post-opératoire

= **Lâchage de suture d'un organe creux ou d'un moignon appendiculaire, fistule anastomotique, perforation après endoscopie colique**… :

### Nourrisson

- **Péritonite appendiculaire** = plus fréquente : appendicite plus rare que chez l'enfant > 3 ans, mais plus souvent compliquée d'abcès ou de péritonite, souvent de diagnostic tardif (tableau trompeur de gastro-entérite fébrile avec diarrhée ou tableau d'infection urinaire), contracture abdominale moins marquée
- **Diverticule de Meckel** : fréquent, souvent de découverte opératoire

### Nouveau-né

- **Entérocolite ulcéro-nécrosante** : dans les 1ers mois de vie
- **Perforation digestive anténatale** ou **post-natale**

## *TTT*

### TTT médical

- Mise en condition : SNG, VVP ± VVC, scope
- Antalgie adaptée
- **Rééquilibration hydroélectrolytique**
- **Antibiothérapie** précoce à large spectre

### TTT chirurgical

→ En urgence, dès que l'état clinique est stabilisé (généralement 2 à 3h après admission)
- Voie d'abord : **laparotomie** ou **coelioscopie**
- **Prélèvements de l'épanchement** intra-péritonéal
- Traitement de la cause : appendicectomie, suture de perforation digestive, résection-anastomose, stomie
- **Lavage abondant** de la cavité péritonéale
- **Drainage** en cas de poches abcédées enkystées ou si entérocolite ulcéro-nécrosante du prématuré

# COLIQUES DU NOURRISSON

**Colique du nourrisson** = survenue paroxystique chez un petit nourrisson de pleurs prolongés (jusqu'à plusieurs heures/jour), et de phase d'agitation, de cause inconnue : motif de consultation fréquent, totalement bénin
- Source de sentiments d'incompétence parentale et d'inquiétude

| | |
|---|---|
| *Diagnostic* | - **Nourrisson < 4 mois**<br>- **Pleurs prolongés**, inconsolables et/ou **phases d'agitation** inexpliquées en post-prandial<br>- **Faciès vultueux**, **abdomen tendu** et **membres inférieurs repliés**<br>- **Interruption de la crise** avec **émission spontanée ou provoquée de gaz intestinaux**<br>- Caractère **paroxystique** et **répété** de la crise<br>- Isolée : appétit conservé, croissance pondérale normale, transit normal, éveil normal, périodes de calme<br>→ Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic |
| *TTT* | → Disparition spontanée en 3 à 4 mois<br>- **Réassurance des parents** sur le caractère bénin et transitoire<br>- **Conseils pour calmer l'enfant** : prise dans les bras, emmaillotage, trajet en voiture, massage abdominal<br>→ Aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité (trimébutine Débridat®, Calmosine®…)<br>→ Les modifications diététiques (lait sans lactose, hydrolysat poussé) doivent être limités et argumentés<br>→ Les IPP ne sont pas indiqués devant des pleurs inexpliqués ou des coliques du nourrisson sans RGO acide prouvé |